



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/OFTAL/BR191**

BORANG PERSETUJUAN BAYARAN KANTA

Nama: _____

No. Kad Pengenalan: _____

No. Kad Pesara & Kod: _____

Dengan ini, saya bersetuju untuk membayar duit pendahuluan kos implant kanta kepada pembekal untuk tujuan pembedahan katarak mata di Jabatan Oftalmologi, Hospital Sultan Abdul Aziz Shah Universiti Putra Malaysia. Saya maklum bahawa pihak jabatan tidak akan bertanggungjawab terhadap kegagalan urusan bayaran balik kos implant kanta daripada majikan atau tabung pesara hospital kepada pesakit.

Yang benar,

Disaksikan oleh,

Nama:

Nama:

No. Kad Pengenalan:

No. Kad Pengenalan: